

Personalbogen

Behandler/Arzt:

Datum:

Kind / Jugendlicher:

.....  
.....

Name: ..... geb. am: .....

in: ..... Staatsangehörigkeit: ..... Konfession: .....

Sorgerecht bei: .....  
Vater  Beide  Mutter

Adresse: ..... PLZ: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Schulart und Klasse: .....

Krankenkasse: ..... Mit wem versichert: .....

Geschwister : .....

Name und Adresse des Kinder- oder Hausarztes: .....

Mit der Übermittlung des Berichtes an den zuweisenden Kinder- oder Hausarzt bin ich einverstanden:  JA  NEIN

Leibliche Mutter:

Leiblicher Vater:

Name: .....

Name: .....

geb.am: .....

geb. am: .....

Staatsangehörigkeit/  
Staatsangehörigkeit/

Konfession:  
Konfession:

Adresse: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Telefon: .....

Beruf: .....

Beruf: .....

Schulabschluss: .....

Schulabschluss: .....

# Klemer-Lomka

Sozialpsychiatrische Praxis für Kinder und Jugendliche

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Mütter

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Väter

Name:

Name:

geb. am:

geb. am:

Staatsangehörigkeit/  
Konfession:

Staatsangehörigkeit/  
Konfession:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

Beruf:

Beruf:

Schulabschluss:

Schulabschluss:

## Kind / Jugendlicher:

Name:

geb. am:

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen wegen der jetzigen oder anderer Probleme schon einmal eine andere Stelle aufgesucht (Erziehungsberatung, Arzt, Heilpraktiker, psychologische Praxis, Klinik, o.ä.) ?

**Wenn ja:**

Wann:

Wo:

Weswegen:

Ist Ihr Kind aktuell noch in Behandlung?

**Wenn ja:**

Wo:

Weswegen:

Schildern Sie bitte **kurz** die aktuellen **Sorgen bzw. Probleme**, in welchen Bereichen und seit wann sie bestehen:

---

**Vorgeschichte:**

**Schwangerschaft:**

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?  Ja

Nein

Wenn ja, welche: .....

Einnahme von Medikamenten?  Ja

Nein

Wenn ja, welche: .....

Einnahme von Nikotin, Alkohol oder Drogen?  Ja

Nein

Wenn ja, was und wieviel? .....

## Geburt:

Gab es Besonderheiten bei der Geburt Ihres Kindes?

Ja  Nein

Wenn ja, welche: .....

Gewicht: \_\_\_\_\_ Gramm Größe: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hat das Kind unmittelbar nach der Geburt geschrien?  Ja

Nein

War eine Beatmung notwendig?  Ja

Nein

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?  Ja

Nein

Wenn ja, welche: .....

Wurde das Kind anschließend in eine Kinderklinik verlegt?

Ja  Nein

## Frühkindliche Entwicklung:

Freies Laufen mit ..... Monaten Erste Worte mit ..... Monaten

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit: ..... Monaten / nachts mit  
..... Monaten

Wer betreute das Kind überwiegend im ersten Lebensjahr?

.....

Gab es Besonderheiten während des ersten Lebensjahres?

Ja  Nein

Wenn ja, welche: .....

## Kleinkindalter:

(Verhaltens-)Auffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr:

Ja  Nein

Wenn ja, welche: .....

## Krippenzeit:

Mein Kind hat vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr eine Krippe besucht.

Gab es dort Auffälligkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:.....

## Kindergartenzeit:

Mein Kind hat vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr einen Kindergarten besucht.

Gab es dort Auffälligkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:.....

Wurde der Kindergarten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn ja, Grund des Wechsels: .....

Besuchte Ihr Kind eine Vorschule?

Ja  Nein

## Schulbesuch:

Einschulung im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Schule / Ort

\_\_\_\_\_  
Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Schule / Ort

\_\_\_\_\_  
Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Schule / Ort

\_\_\_\_\_  
Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Schule / Ort

Gab es einen unplanmäßigen Schulwechsel?

Ja

Nein

Wenn ja, Grund des Wechsels: .....

Wurden Klassen wiederholt? Welche? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Gibt es von Seiten der Lehrer berichtete Auffälligkeiten?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

## Angaben zur Lebenssituation:

In der Familie des Kindes leben: .....

Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden?

Ja  Nein

Lebte das Kind bereits außerhalb der Familie?

Ja

Nein

Hat Ihr Kind einen besten Freund / eine beste Freundin?

Ja  Nein

Hobbys und Vereinsaktivitäten: .....

## Körperliche Entwicklung:

Kinderkrankheiten? Welche? .....

Ja

Nein

Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche: .....

Wurde Ihr Kind bereits stationär behandelt oder operiert?

Ja  Nein

Wenn ja, weshalb? .....

Hat Ihr Kind Allergien?

Ja

Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? .....

Raucht Ihr Kind? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Trinkt Ihr Kind Alkohol?

Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind Drogen?  
 Nein

Ja

---

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen.

Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist oder kann der Termin wegen zu großer Verspätung nicht mehr durchgeführt werden, stellen wir dem Patienten die ausgefallene Stunde, entsprechend GOÄ/EBM, als Ausfallhonorar privat in Rechnung. Die Kosten übernimmt in diesem Fall nicht die Krankenversicherung. Falls der Termin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar.

**Datenschutz:**

Die Daten, die Sie uns zusenden, geben wir nicht an Dritte weiter und verwenden wir nur für den vorgesehenen Zweck und werden entsprechend den jeweils geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Teledienst Datenschutzes und des Telekommunikationsgesetzes zum Schutz personenbezogener Daten genutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb unserer Praxis findet nicht statt. Im Anhang finden sie unsere Datenschutzerklärung, wir bitten Sie, diese aufmerksam zu lesen.

Ja, ich habe den **Datenschutzhinweis** (im Anhang) gelesen und akzeptiere diesen hiermit.

Ich erkläre mich mit der Untersuchung und Behandlung in der Sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche Klenner-Slomka einverstanden.

Datum:

Unterschrift

(Sorgeberechtigter):

.....  
.....  
.....

## E-Mail Korrespondenz

zwischen

---

Name und Anschrift des Patienten / der Patientin

und

den Mitarbeitern der  
Sozialpsychiatrische Praxis für Kinder und Jugendliche Klenner.Slomka

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch die Praxis zu.

## Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte - sind mir bewusst.

---

E-Mail-Adresse

---

Ort, Datum  
Vertreter/in)

---

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r



Katrin Klenner • Dr.med.Petrissa Slomka

Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie • Diagnostik • Einzel- und Gruppentherapie • Gutachten • Beratung

Adenaueralle 32 • 61440 Oberursel • Tel.: 06171 - 919 4400 • Fax 06171 - 919 4401 • info@klenner-slomka.de • www.klenner-slomka.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer: Kontonummer 2 047 772 BLZ 300 606 01

## Einverständniserklärung für Fotografien

In unserer Praxis sollen zu therapeutischen Zwecken und zur Dokumentation der Behandlung Bildaufnahmen angefertigt werden. Die Aufnahmen sind nicht für die Öffentlichkeit bestimmt. Sie dienen der Arbeit der jeweiligen Behandler und unterliegen der Schweigepflicht. Die Bilder werden in der Patientenakte gespeichert und für gemeinsame Fallbesprechungen und zur besseren Wiedererkennung verwendet.

Hiermit erkläre ich, (Name des  
Sorgeberechtigten):

**klenner.slomka**

**Sozialpsychiatrische Praxis für Kinder und Jugendliche**

---

Aktuelle

Anschrift:

---

mich einverstanden, dass in der **Praxis Klenner.Slomka**

Fotografien von meinem Kind (Vorname, Nachname): ..... gemacht  
werden dürfen. Diese werden unter Wahrung der Schweigepflicht und unter Einhaltung  
der einschlägigen Vorschriften für den Datenschutz ausschließlich in unserer Praxis  
genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Mir ist bekannt, dass ich dies  
jederzeit schriftlich widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



**Katrin Klenner • Dr.med.Petrissa Slomka**

**Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie • Diagnostik • Einzel- und Gruppentherapie • Gutachten • Beratung**

Adenaueralle 32 • 61440 Oberursel • Tel.: 06171 - 919 4400 • Fax 06171 - 919 4401 • info@klenner-slomka.de • www.klenner-slomka.de  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank: Kontonummer 2 047 772 BLZ 300 606 01